

La regionalizzazione in Lombardia

Uno dei tratti caratterizzanti il riordino della sanità italiana (d.lgs. 502/92 e 517/93) è rappresentato dalla più decisa spinta alla regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Così, oggi, a qualche anno di distanza dalla riforma, si possono cogliere situazioni regionali anche sensibilmente differenti fra loro, non solo, come in passato, dal punto di vista della quantità, della qualità e dell'efficienza dei servizi, ma soprattutto sotto il profilo delle regole volte a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale (Ssr) ed i rapporti che intercorrono fra i diversi soggetti istituzionali.

In presenza di un processo di riordino che, come diffusamente argomentato nel contributo di Mapelli (1998) pubblicato su questa stessa rivista, pur avendo esercitato un'opzione di principio a favore della concorrenza, non ha specificato quale modello seguire (in netto contrasto, ad esempio, con la riforma pro-concorrenziale britannica, che ha definito un modello standard da applicare in tutto il Paese; France, 1997), è importante monitorare il comportamento delle varie Regioni e provare a comprendere nel dettaglio le riforme in corso per trarre insegnamenti utili dalle diverse esperienze e per individuare le soluzioni che funzionano meglio.

Questo percorso di conoscenza richiede notevole impegno per migliorare la base informativa esistente e per sviluppare metodologie di analisi, valutazione e reporting.

Tendenze si propone di collaborare a questo processo di miglioramento mettendo a disposizione del lettore materiali significativi sulle regole di funzionamento dei Ssr riformati e ospitando contributi di valutazione quantitativa e qualitativa dell'impatto dei modelli di concorrenza in corso di attivazione nella nostra penisola.

Il tema, di rilevante importanza, ha assunto nuovo vigore in seguito alla "segnalazione" dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato del 26 giugno u.s.. In questo quadro assume particolare interesse la politica sanitaria della Regione Lombardia che si distingue nel panorama nazionale per una serie di importanti tratti peculiari.

Inizialmente, la politica sanitaria della Lombardia è stata discussa più per il progetto di legge sulla riorganizzazione del Ssr - tradotto nella l. r. 31/1997, che ha scorporato quasi tutti gli ospedali dalle Asl e li ha costituiti in 27 Aziende ospedaliere autonome - che non per le scelte effettuate attraverso le deliberazioni della Giunta Regionale, che pure hanno inciso sul sistema in modo significativo (si vedano, in particolare, la DGR n. VI/12142 del 24 aprile 1996, la DGR n. VI/16086 del 17 luglio 1996, la DGR n. VI/29480 del 24 giugno 1997, la DGR n. VI/31181 del 19 settembre 1997 e, da ultimo, la DGR n. VI/34437 del 4 febbraio 1998).

Il modello lombardo è stato, inoltre, spesso al centro di critiche che hanno visto confondere questioni tecniche con critiche ideologiche espresse nei confronti di una Giunta di diverso orientamento politico, impedendo di analizzare pacatamente il significato delle scelte effettuate.

Nel seguito si illustrano sinteticamente le scelte inizialmente effettuate dalla Lombardia ed i tratti salienti di un primo modello, orientato al paziente, per poi soffermarsi su quello, avviato quest'anno, volto all'inserimento del meccanismo di contrattazione fra Asl e soggetti erogatori, così da introdurre incentivi al contenimento della spesa, limitando tuttavia la libertà di scelta dell'utente.

Scelte proprie operate sin dall'avvio del processo di riordino

La Regione Lombardia si caratterizza sia per aver effettuato scelte proprie, sin dall'inizio del processo di riordino, sia per aver modificato, nel corso del tempo, in modo anche radicale, le scelte operate (Rossi, 1997).

Così, già per il 1995 la Lombardia:

- ha determinato tariffe proprie (Repetto, Rossi, 1995) valide dal 1° gennaio 1995, con valori uguali per tutte le strutture di ricovero (Aziende ospedaliere e presidi di Asl, istituti pubblici e privati), con il proposito di elevare il tasso medio di efficienza della rete ospedaliera regionale (si vedano la DGR n. V/62664 del 30 dicembre 1994 di determinazione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere e la DGR n. VI/15084 del 27 giugno 1996, relativa all'aggiornamento di alcune tariffe; si vedano, inoltre, la DGR VI/25608 del 28 febbraio 1997, rettificata dalla DGR n. VI/26367 del 21 marzo 1997, relativa all'ulteriore aggiornamento di alcune tariffe di ricovero);
- ha individuato una nutrita tipologia di funzioni ospedaliere particolari, sottratte al pagamento a prestazione, da remunerare sulla base di un articolato sistema di finanziamento, basato su costi standard (DGR n. VI/07590 del 29 dicembre 1995), correggendo quindi in modo mirato lo squilibrio che si sarebbe creato trattando allo stesso modo strutture con costi di produzione e vincoli operativi diversi a causa del differente insieme di attività svolte;
- ha stabilito tetti al finanziamento dell'attività di ricovero, fissati specificamente per ciascuna struttura e sostanzialmente commisurati alla spesa per la stessa attività sostenuta nell'esercizio precedente, per controllare la distribuzione delle risorse tra livelli assistenziali (assistenza in regime di ricovero vs altra assistenza) e tra tipologie di strutture di ricovero (pubbliche vs private, principalmente);
- ha costituito un fondo di riequilibrio, da utilizzarsi esclusivamente a favore delle strutture pubbliche, con lo scopo di attutire l'impatto conseguente all'adozione del sistema di pagamento a prestazione.

Un modello orientato al paziente e aperto alla competizione pubblico - privato

Nel 1996, la Lombardia ha adottato un modello di Ssr con caratteristiche peculiari e rilevanti innovazioni (DGR n. VI/16086 del 17 luglio 1996; Del Vecchio, Zangrandi, 1996) tra cui si segnalano:

- l'assenza di qualsiasi tetto di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per le strutture private accreditate; viene così lasciata al cittadino la piena libertà di rivolgersi in qualunque struttura sanitaria (pubblica o privata);
- il controllo dei volumi complessivi di spesa sanitaria attraverso il budget fisso a tariffa variabile, che funziona mediante una preventiva fissazione di tetti di spesa distinti per le attività, prodotte dagli erogatori pubblici e privati accreditati, di ricovero ed ambulatoriali; se la spesa complessiva risulta a consuntivo più elevata di quella prefissata, le tariffe sono proporzionalmente ridotte fino al raggiungimento dell'equilibrio;
- la liberalizzazione dei posti letto autorizzati nelle strutture provvisoriamente accreditate (la parte forse più discussa della manovra), assorbendo così nel sistema più di 1.000 posti letto prima non convenzionati o non accreditati (in pratica, sono state considerate accreditate le strutture e non i posti letto);
- la possibilità per le strutture di ridefinire i propri organici e procedere eventualmente a nuove assunzioni (bloccate da tempo in Regione Lombardia), abbandonando nel contempo la scelta di imporre metodologie centralizzate per la rilevazione dei carichi di lavoro.

Tra la fine del 1996 e l'inizio del 1997 vengono emanati altri provvedimenti regionali che muovono con coerenza lungo la linea tracciata; in particolare:

- la delibera della GR relativa alla repentina adozione delle tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, cui si accompagna la liberalizzazione dell'accesso all'area della specialistica ambulatoriale (DGR n. VI/18664 del 27 settembre 1996, modificata dalla DGR VI/21511 del 2 dicembre 1996);
- la delibera della GR relativa all'accreditamento delle strutture private di ricovero dotate di autorizzazione, cui segue una maggior offerta di circa 1.000 posti letto (DGR VI/23995 del 13 gennaio 1997).

La separazione fra acquirenti e produttori

Anche se nuovi cambiamenti, fra cui un ritorno al tetto per struttura, sono introdotti nel 1997 (DGR VI/29480 del 24 giugno 1997), è la legge regionale di riordino dell'11 luglio 1997, n. 31 ("Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali") ad introdurre un'innovazione assai rilevante nel sistema. Essa prevede la riorganizzazione delle 16 Aziende ospedaliere (che incorporano altri ospedali e strutture sanitarie) e la costituzione di 11 ulteriori Aziende ospedaliere (con l'accorpamento di presidi e diverse strutture sanitarie), accanto ad ospedali che, relativamente a 4 Asl, restano ancora a gestione diretta.

Tale legge regionale segna un momento significativo per tutto il sistema sanitario del nostro Paese, soprattutto perchè esprime, in presenza di una situazione nazionale diffusamente rigida e scarsamente propensa ai cambiamenti concreti, una capacità effettiva di introdurre mutamenti nell'assistenza che non sono solo di facciata (Editoriale, 1997). Tali cambiamenti hanno poi sicuramente il merito di far discutere sui diversi modelli di concorrenza adottabili nel nostro Ssn.

La soluzione lombarda, di separazione fra acquirenti e produttori, dovrebbe consentire, impedendo all'Asl di produrre direttamente i servizi, di dare incentivi esterni al recupero dell'efficienza dei presidi ospedalieri e garantire che il compito dell'ospedale si intrecci con la specificità della funzione dell'Asl attraverso procedure e meccanismi di negoziazione (nel modello lombardo avviato nel 1998, v. sotto), portando chiarezza nella trasformazione (Petrovich, 1998).

Secondo autorevoli studiosi (Zamagni, 1997), tuttavia, lo scorporo dei presidi ospedalieri dalle Asl non rappresenta la soluzione ottimale, soprattutto perchè i presidi non sembrano in grado di porre in essere strategie di riduzione delle duplicazioni di costo e di sfruttamento delle economie di scala, che possono essere meglio realizzate in strutture integrate verticalmente come le Asl. Strategia migliore sembra consistere nell'incentivare la costituzione di reti di ospedali di minori dimensioni per sfruttare le economie di scala e di specializzazione, per razionalizzare le procedure di acquisto e di utilizzo delle grandi attrezzature e per pervenire ad una migliore distribuzione dei rischi di cura degli outliers, mediante una gestione comune dei rischi stessi.

A questa strategia viene affiancata l'attribuzione, ai presidi ospedalieri, di un bilancio che preveda l'obbligo del pareggio (Parato, 1998), così da responsabilizzare maggiormente le direzioni, favorendo anche una valutazione trasparente dei flussi di risorse finanziarie all'interno delle Asl, proposta che, accolta dalla finanziaria di quest'anno, è, invece, rimessa in discussione nel disegno di legge di delega al governo per la razionalizzazione del Ssn, dove, nel testo approvato dalla Camera dei Deputati il 28 maggio scorso, si legge che occorre prevedere "per quanto attiene al finanziamento dei presidi interni alle aziende unità sanitarie locali, l'utilizzazione del pagamento a tariffa soltanto come indicatore di spesa" (art. 2, punto ii).

In conclusione, le significative innovazioni introdotte hanno portato ad un modello lombardo di Ssr che prevede una pluralità di soggetti erogatori, pubblici e privati, accreditati, che possono operare all'interno del Ssr in concorrenza tra loro e fra i quali i pazienti hanno piena libertà di scelta, con le Asl che assumono il ruolo di terzo - pagante, che finanzia le scelte operate dai propri assistiti, ed uno spazio molto limitato per la programmazione regionale.

Il consumatore è quindi virtualmente sovrano (insieme con il proprio medico - agente) ed è libero di usare qualsiasi fornitore accreditato, il quale viene remunerato sulla base delle prestazioni rese. In questo modello, nel medio - breve periodo i fornitori privati possono godere di un vantaggio rispetto a quelli pubblici, per il fatto di avere meno vincoli rispetto alle decisioni sugli investimenti ed alle regole contabili e di avere netti incentivi monetari a competere. È, comunque, difficile immaginare come l'Asl possa rispettare i vincoli di bilancio imposti dalla quota capitaria.

Si tratta di un modello orientato al paziente all'opposto, ad esempio, di quello emiliano (e di quello lombardo avviato quest'anno, v. sotto), orientato all'acquirente (Zamagni, 1997), che, maggiormente volto al contenimento dei costi, individua, nell'ambito della programmazione regionale, un'area di servizi e/o una quota di mercato complessiva da destinare all'offerta privata accreditata, all'interno della quale l'Asl sceglie i fornitori e negozia con loro l'acquisto delle prestazioni, in termini di quantità, qualità e prezzo.

Un nuovo modello orientato alla contrattazione, con libertà di scelta limitata

Il modello avviato quest'anno in Lombardia si propone di contemperare la libera scelta del cittadino con la competizione regolata dalla dimensione programmatoria e finanziaria regionale (DGR n. VI/34437 del 4 febbraio 1998).

La Asl negozia con i soggetti produttori e stipula contratti con i fornitori "preferiti", selezionati tra quelli accreditati in quanto in grado di fornire le prestazioni al miglior rapporto qualità - prezzo. I pazienti sono quindi liberi di scegliere solo tra i fornitori con i quali sono stati stipulati contratti ed il principio della libertà di scelta è formalmente garantito, ma, di fatto, limitato. Il grado di concorrenza conseguibile appare inferiore e permane il rischio di "collusione" tra acquirenti (Regione e Asl) e fornitori interni, ma vi è il recupero del ruolo di programmatore della Asl: i contratti sono utilizzati per effettuare decisioni sulle priorità e per controllare la spesa.

Rinviando al testo della deliberazione l'approfondimento delle scelte operate, si segnalano nel seguito alcune caratteristiche del nuovo modello lombardo.

- Per mantenere l'equilibrio economico - finanziario e perseguire obiettivi di maggiore efficienza ed efficacia del Ssr sono definiti tetti di spesa per le attività di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e le altre attività sanitarie (tab. a).

- Le Asl contrattano con i soggetti erogatori - pubblici e privati transitoriamente accreditati - volumi, tipologie e tariffe delle prestazioni di ricovero, sulla base di uno schema - tipo approvato dalla Giunta Regionale; la contrattazione deve essere ispirata a principi di trasparenza e di equità, nel rispetto della parità fra le strutture pubbliche e private e della corretta e libera concorrenza ed il rapporto contrattuale deve essere regolato dai principi riportati nella tab. b.

- La remunerazione complessiva delle attività di ricovero effettuate dai soggetti accreditati, pubblici e privati, non può superare il tetto dei 7.015 miliardi di lire.

- La somma include 485 miliardi atti a soddisfare le esigenze regionali di ricoveri per alta specialità (tab. c), che rappresentano anche il tetto regionale entro il quale le tariffe possono essere remunerate al 100% e superato il quale subiscono una riduzione in proporzione all'esubero.

- I restanti 6.530 miliardi sono destinati a tutte le altre attività di ricovero: 5.965 miliardi rappresentano, con i 485 dell'alta specialità, l'importo corrispondente ad un tasso di ricovero del 160 per 1.000 abitanti, inclusi i day hospital, e sono ripartiti tra le Asl in base alla popolazione ponderata per età e sesso (fig. a); 565 miliardi sono utilizzati dalla Direzione Generale Sanità per ripartirli tra le Asl dopo che i rispettivi direttori generali hanno concluso la contrattazione con un numero di strutture erogatrici che soddisfino, a dati 1997, almeno il 70% delle esigenze di ricovero dei propri cittadini e che nonostante ciò hanno fatto registrare un tasso di ospedalizzazione superiore a 160 per 1.000 abitanti.

Tab. a - Tetti di spesa per attività sanitarie varie 1998 (lire miliardi) - Regione Lombardia, 1998

Disponibilità del FSR 1998	16.205
- corrispettivi per attività tariffate di ricovero per soggetti pubblici e privati	7.015
- corrispettivi lordi da riconoscere a soggetti erogatori per attività ambulatoriale specialistica e di diagnostica strumentale ospedaliera ed extraospedaliera	1.400
- prestazioni di pronto soccorso	150
- riconoscimento funzioni ASL	140
- riconoscimento funzioni ospedaliere	460
- fondo per progetti di ASL per contenimento spese sanitarie	100
- fondo di riorganizzazione rete ospedaliera pubblica	600
- spese per farmaceutica convenzionata	1.830
- spese dirette regionali	100
- interventi socio-sanitari integrati, come da punto 4 del dispositivo, stimato in	1.480
- spese per le restanti funzioni svolte dalle ASL sul territorio: Prevenzione, Med. Base, Assistenza Termale, ecc.	2.872
Totale a pareggio con le disponibilità	16.205

- La contrattazione deve mirare, fra l'altro, a far raggiungere, alla singola Asl e quindi alla Regione nel complesso, il tasso di 160 ricoveri per 1.000 abitanti entro il biennio 98/99, al netto del day hospital.

- Se la Asl dovesse trovarsi, anche dopo la contrattazione, di fronte alla produzione di prestazioni in esubero rispetto alla sua possibilità di remunerarle, sarà operata in primo luogo una decurtazione riducendo le tariffe di quelle strutture che non hanno voluto partecipare alla contrattazione ai valori più bassi fra quelle contrattate e, se ciò non dovesse risultare sufficiente, si provvederà alla decurtazione proporzionale a tutte le strutture, salvo diverse pattuizioni da evidenziare nel contratto.

Tab. b. Principi che regolano il rapporto contrattuale tra Asl e soggetti pubblici e privati transitoriamente accreditati - Regione Lombardia, 1998

- **L'espressa accettazione, da parte dei soggetti erogatori, di tutti i criteri di finanziamento stabiliti dalla Regione.**
- **Le modalità con le quali sono esercitate le funzioni di verifica della qualità delle prestazioni erogate nonché i controlli sulla rispondenza della struttura alle specifiche normative dettate a livello nazionale e regionale.**
- **Le modalità di esercizio dell'attività privata svolta dai soggetti erogatori privati (in ogni caso, in tale circostanza non può esservi alcun concorso tariffario della Regione).**
- **I tempi e le modalità per la liquidazione ed il pagamento delle prestazioni fatturate dai soggetti erogatori all'Asl di residenza degli assistiti.**
- **La previsione di sanzioni, fino alla proposta di revoca dell'accreditamento, ove si riscontri l'inosservanza della normativa vigente o il mancato rispetto in materia di codifica e rappresentazione delle prestazioni.**

Inoltre:

- **l'accertamento di eventuale anomalo comportamento deve dar luogo alla decurtazione, dal fatturato dell'universo delle prestazioni di cui il campione è rappresentativo, nel trimestre di riferimento delle prestazioni, di una percentuale pari a quella riscontrata nel campione esaminato;**
- **il contratto tra l'Asl e le strutture erogatrici pubbliche e private deve essere sottoposto, prima di essere siglato, al vaglio del coordinamento dei direttori generali di Asl.**

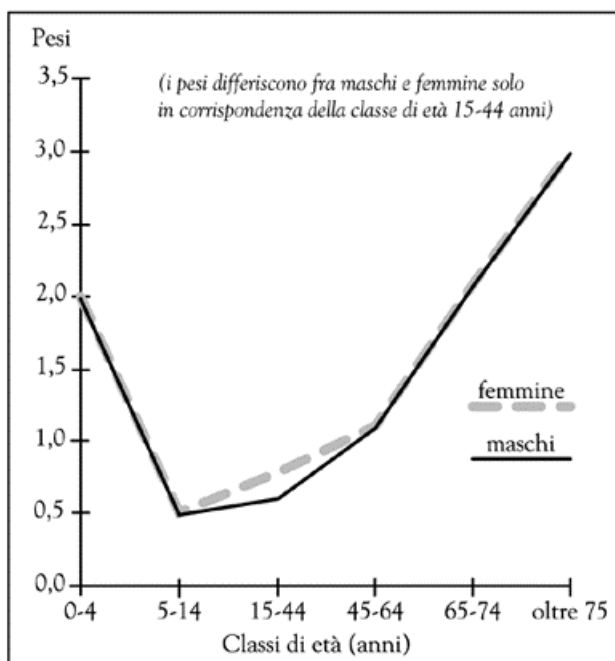
- Ai fini dell'equilibrio economico - finanziario, gli ospedali a gestione diretta delle Asl sono parificati a tutti gli effetti alle aziende ed enti ospedalieri autonomi e nell'ambito del finanziamento complessivo delle Asl va evidenziato quello destinato agli ospedali a gestione diretta, dove tale gestione esista, mediante la contabilità analitica.
- Le strutture, pubbliche e private, transitoriamente accreditate al 31.12.1997, possono esercitare l'attività e richiedere i relativi compensi tariffari nelle specialità e nel limite complessivo dei posti letto autorizzati della struttura, fatto salvo l'esercizio della libera professione intramuraria.
- Le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale sono remunerate al 100% della tariffa regionale fino alla concorrenza del 100% di quanto riconosciuto per il 1997 alle singole strutture; per prestazioni oltre il 100%, le prestazioni sono remunerate all'80%. I limiti della remunerazione sono calcolati su base trimestrale e, per le Asl con strutture specialistiche a gestione diretta e per le Ao, il tetto si considera unico per azienda e non per singolo presidio o struttura. I corrispettivi finanziari non possono comunque superare i 1.400 miliardi di lire netti e nel caso di superamento della soglia, la Direzione Generale provvede alla conseguente proporzionale riduzione degli importi riferiti a tutte le strutture. Limitatamente all'esercizio 1998, tenuto conto che i dati sono gestiti a livello regionale, il tetto di 1.400 miliardi, superato il quale si decurtano le tariffe a tutti gli erogatori, è unico regionale.
- Le tariffe deliberate dalla Regione sono quindi di riferimento e massime, mentre quelle da pagare effettivamente deriveranno dalla contrattazione e dall'eventuale decurtazione per il superamento del tetto di Asl.
- All'attività socio - sanitaria integrata è riconosciuto un incremento pari al 10% della spesa dell'anno precedente da destinare alle aree anziani, disabili, riabilitazione extra-ospedaliera, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, tossicodipendenza. La somma, anche se fa parte della quota capitolaria, è vincolata e nel bilancio e nella contabilità tali risorse vengono tenute opportunamente separate. Le direttive in ordine alle appostazioni di bilancio, commisurate al fabbisogno del territorio dell'Asl, anche in deroga alla ripartizione per quota capitolaria, saranno date dalla Direzione Generale Interventi Sociali.

- Fermo restando che gli enti in disavanzo devono presentare, nel piano di organizzazione, un programma di rientro, la spesa complessiva per singola azienda o ente non potrà comunque superare del 2% quella del 1997, ottenuta disaggregando e riaggregando le spese delle Asl o dei presidi ospedalieri in cui erano articolati nel 1997. All'azienda o ente che avrà conseguito un avanzo fra disponibilità (finanziamento regionale ed entrate proprie) e spesa sarà conservato lo stesso solo se la spesa sarà stata contenuta entro il limite del 2%.
- Le prestazioni di tutte le strutture accreditate, pubbliche e private, sono pagate direttamente dalle Asl di provenienza del cittadino (eccetto le prestazioni rivolte a cittadini extra Regione che sono remunerate dalla Asl di ubicazione della struttura per essere poi rimborsate dalla Regione, che si incarica di addebitarle alle regioni di provenienza). Le condizioni pattuite tra l'Asl di ubicazione e la struttura erogante sono estese alle prestazioni erogate a favore di cittadini di altre Asl lombarde, ma il direttore generale di Asl è comunque libero di contrattare altre condizioni, anche con le strutture non ubicate nel proprio territorio.
- La struttura privata accreditata che esercita attività a pagamento deve acquisire, su apposito modulo, la dichiarazione del paziente che sceglie di farsi assistere in regime privatistico, malgrado presso la stessa struttura sia disponibile, in quel momento, il posto letto libero. L'attività privata delle strutture accreditate si esercita in base a tariffe predefinite e suddivise in quota per il trattamento alberghiero e infermieristico e quota per la prestazione del medico o dell'èquipe medica.
- Viene disposto di istituire, per assicurare uniformità di comportamenti all'interno del Ssr, la Conferenza dei direttori generali delle Asl, che si riunisce, con cadenza almeno mensile, con il coordinamento del direttore generale Sanità. In tale sede sono esaminati, con particolare attenzione alla contrattazione tra Asl e strutture pubbliche e private accreditate, i temi di comune interesse riportati nella tab. d.

Tab. c. Ricoveri per alta specialità, cui sono riservati 485 miliardi di lire Regione Lombardia 1998

<p>a) Ricoveri con diagnosi di dimissione classificata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trapianti di fegato (Drg 480) • trapianti di midollo osseo (Drg 481) • trapianti di cuore (Drg 103) • trapianti di rene (Drg 302)
<p>b) Dimessi dai reparti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardiocirurgia • chirurgia maxillo - facciale • chirurgia toracica • chirurgia vascolare • neurochirurgia • grandi ustionati • radioterapia <p>con diagnosi di dimissione classificate con Drg di peso Medicare (versione Hcfa 10.0 del Grouper 3M) uguale o superiore a 2,2979.</p>

Fig. a. Pesi, per classi di età e sesso, utilizzati per la ponderazione della popolazione residente ai fini del riparto della quota capitaria



Tab. d. Temi oggetto di attenzione prioritaria nelle riunioni della Conferenza dei direttori generali delle Asl - Regione Lombardia, 1998

- il governo della domanda in sanità
- il sistema di controllo della qualità
- i sistemi di controllo amministrativi
- i sistemi di remunerazione
- i piani di organizzazione aziendale
- i programmi e i progetti obiettivi
- il controllo della spesa sanitaria, anche in aderenza con le disposizioni normative nazionali
- la prevenzione e la sicurezza
- tutti i temi inerenti il coordinamento delle politiche con le Asl

- Si stabilisce, per garantire un coordinamento regionale delle politiche e dei comportamenti delle Aziende Ospedaliere pubbliche, che i direttori generali delle Aziende Ospedaliere si riuniscano, con cadenza almeno bimestrale, con il coordinamento del direttore generale Sanità.
- Si provvede ad autorizzare le Asl ed aziende ospedaliere a deliberare le nuove dotazioni organiche, per consentire di procedere, esperite le procedure per la mobilità, ad eventuali assunzioni, compatibili con l'equilibrio economico - finanziario dell'azienda, per rispettare i livelli uniformi di assistenza sanitaria definiti dal Psn 1994/1996 e garantire lo svolgimento delle funzioni socio - sanitarie integrate di competenza delle Asl stesse.
- Nell'esercizio 1998 le aziende sanitarie, Asl e ospedaliere, adottano la contabilità economico o patrimoniale per la gestione ordinaria e mantengono quella finanziaria di tipo pubblico per le gestioni liquidatorie (esercizi 1994 e precedenti degli enti estinti al 31.12.1994 ed esercizi 1995 - 1997). Le aziende sono tenute ad adottare anche la contabilità analitica.
- Dal 1° maggio 1998, gli unici soggetti abilitati alla prescrizione, proposta o richiesta per l'accesso degli assistiti alle prestazioni ai livelli successivi, compreso il ricovero ospedaliero e le prescrizioni specialistiche, sono i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (restano inalterate le modalità di accesso al ricovero in caso di urgenza).

Riferimenti bibliografici

- Del Vecchio M, Zangrandi A (1996), Le regole per il finanziamento delle aziende sanitarie in Lombardia, Mecosan, 20, p. 72.
- Editoriale (1997), Tendenze, ott. - dic., p. 2.
- France G (1997), L'introduzione di riforme pro - concorrenziali nel Servizio sanitario nazionale: "vorrei e non vorrei", Assistenza Sociale, 1-2, p. 73-89.
- Mapelli V (1998), La via italiana alla concorrenza in sanità, Tendenze, 3, p. 6-8.
- Parato (1998), Il pareggio di bilancio per i presidi ospedalieri, Tendenze, 2, p.36 - 38.
- Petrovich L (1998), Le motivazioni del modello lombardo, Tendenze, 2, p. 44.
- Repetto F, Rossi F (1995), Le tariffe delle prestazioni ospedaliere in Lombardia: metodi e risultati, DRG, 0, p. 14-20.
- Rossi F (1997), La riforma sanitaria in Italia: il caso della Lombardia, Assistenza Sociale, 1-2, p. 173 - 190.
- Zamagni S (a cura di) (1997), Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento, Documento di base n. 4 della "Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale", Roma, p. 16 - 19.

